FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1920 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Guillaume FAURE
Externe des Hôpitaux
Ancien externe des Hôpitaux de Bordeaux

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Indications de la Césarienne

DANS LE

PLACENTA PRÆVIA

Président : M. BRINDEAU, *professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, rue Racine, 15
1920

LAC LIBRARY

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESSEUR : G. POUCHET

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	BROCA (A.)
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	M. LABBÉ
Pathologie médicale	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale	GOSSET
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	P. CARNOT
Hygiène	Léon BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD, WIDAL, GILBERT, CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1re enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	Pierre MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET, QUENU, LEJARS, HARTMANN
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR, COUVELAIRE, BRINDEAU
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	A. BROCA
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN
Clinique oto-rhino-laryngologique	P. SEBILEAU

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALGLAVE
BRANCA
CAMUS
CASTAIGNE
CHAMPY
CHEVASSU
DESMAREST
GOUGEROT
GREGOIRE
GUENIOT
GUILLAIN
LABBE (H.)
LAIGNEL-LAVASTINE
LANGLOIS
LECENE
LEMIERRE
LENORMANT
LEQUEUX
LEREBOULLET
LERI
LOEPER
MOCQUOT
MULON
NOBECOURT
OKINCZYC
OMBREDANNE
RATHERY
RETTERER
RIBIERRE
RICHAUD
ROUSSY
ROUVIERE
SCHWARTZ(A.)
SICARD
TANON
TERRIEN
TIFFENEAU
VILLARET
ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

En témoignage de ma reconnaissance et en remerciement des bons conseils et exemples professionnels que mon père, le Dr J. Faure, me donna constamment.

A MA FEMME

A MA FILLE

A LA MÉMOIRE DE MES BEAUX-PARENTS

A MON FRÈRE, A MES SŒURS

A la mémoire de mon frère EUGÈNE

Lieutenant-aviateur, tué à l'ennemi

A la mémoire de mon beau-frère RENÉ AUDRY

Lieutenant de vaisseau, disparu

77395

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur BRINDEAU

Professeur de clinique obstétricale à la
Faculté de Médecine de Paris

A MON MAITRE

Monsieur le Professeur agrégé LEQUEUX

Qui m'a donné le sujet de cette thèse, m'a aidé de ses conseils et a, à bien des titres, droit à toute ma reconnaissance.

A MES AUTRES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Monsieur le Professeur BÉGOUIN

Professeur de clinique gynécologique
à la Faculté de Bordeaux

Monsieur le Professeur LE DANTEC

Professeur de pathologie exotique à la Faculté de Bordeaux

Monsieur le Docteur EMILE BITOT

Médecin des Hôpitaux de Bordeaux

Monsieur le Professeur BAR

Professeur de clinique obstétricale à la
Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine

Monsieur le Docteur BRAULT

Médecin des Hôpitaux
Membre de l'Académie de Médecine

Monsieur le Docteur ROCHARD

Chirurgien des Hôpitaux

Monsieur le Docteur HUDELO

Médecin des Hôpitaux

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

INDICATIONS DE LA CESARIENNE

DANS LE

PLACENTA PRÆVIA

CHAPITRE PREMIER

Généralités

On appelle placenta prœvia l'insertion de cet organe sur le segment inférieur de l'utérus. Nous rappellerons brièvement que l'on peut distinguer, anatomiquement, cinq variétés de placenta prœvia : 1° P. P. latéral ; 2° P. P. marginal ; 3° P. P. partiel ; 4° P. P. total ou central ; enfin 5° P. P. cervical, rare.

Cette insertion basse est relativement fréquente. Mais en pratique, tacitement d'accord avec tous les auteurs, nous ne considérerons comme P. P. que les cas qui donnent lieu à des hémorrhagies. Ces hémorrhagies se produisent : pendant la grossesse, pendant le travail ou après l'accouchement. Pendant la

grossesse, on les constate surtout pendant les trois derniers mois (Tarnier). Pendant le travail, elles sont une des complications les plus terribles qu'une parturiente puisse redouter, soit que la femme ait déjà saigné pendant sa grossesse, soit qu'il s'agisse d'une hémorrhagie primitive du travail (Bayer, insistant sur ces hémorrhagies primitives, les considère comme très graves). Enfin, il peut y avoir des hémorrhagies pendant la délivrance, quoique, suivant le professeur Bar, les hémorrhagies cessent le plus souvent après la sortie du fœtus, sauf lorsqu'elles sont dues à une déchirure du segment inférieur ou du col.

CHAPITRE II

Pronostic de l'accouchement spontané

Etant donnée l'extrême gravité de ces hémorrhagies, l'accouchement spontané, à l'heure choisie par la seule nature agissant avec ses seuls moyens propres, apparaît le plus souvent, dans le placenta prœvia, comme désastreux pour la mère et pour l'enfant.

Si nous consultons les statistiques anciennes, celles où l'accouchement spontané était relativement fréquent, et non réservé comme aujourd'hui aux cas particulièrement bénins, nous voyons une mortalité maternelle impressionnante : 21 o/o dans la statistique de Nœgelé et Greuser, 23 o/o pour Müller, 33 o/o pour Depaul et Simpson !

Dans les statistiques plus récentes, les différents auteurs s'accordent à peu près pour trouver une mortalité maternelle dans les environs de 9 o/o : Veit, 7,2 o/o ; Hauch, 9 ; Bourretère, 9,7 ; Champetier de Ribes, 10,25. Cette mortalité maternelle est due : 1° à l'hémorrhagie ; 2° à l'infection.

1° *Hémorrhagie.* — La femme atteinte de P. P. saigne : *a*) par le fait de la distension de l'isthme.

« Lorsque la paroi isthmique riche en sang et lésée dans son élasticité s'étire dans le P. P. isthmique au moment de l'accouchement, dit Momm en 1916, il peut se produire de graves hémorrhagies (1) ; » *b*) par décollement du placenta, au cours des contractions utérines. A ce moment en effet, les membranes tiraillent les insertions placentaires, décollant et déchirant le placenta d'autant plus facilement que les contractions sont plus énergiques. Cela peut expliquer l'apparition habituelle de ces hémorrhagies dans les derniers temps de la grossesse et au cours du travail.

L'anémie, progressive, augmentant à chaque hémorrhagie, est déjà notable chez nombre de malades dès leur entrée à la clinique ; et, au moment de l'accouchement ou de la délivrance, il suffit de la moindre perte pour amener la mort.

2° *Infection.* — Peut-être aussi ou plus redoutable que l'hémorrhagie (Bar). Elle provient : de l'anémie de l'organisme, de la proximité de la plaie placentaire et du col, causes prédisposantes ; des manœuvres inoculantes, cause déterminante.

Dans la plupart des statistiques, on n'envisage que la mortalité maternelle. Mais il nous semble intéressant de tenir aussi grand compte des accidents *post partum* qui, sans aboutir à la mort, « occasionnent un an et plus de diminution de capacité de travail (2) (Momm) ».

1. Trad. person.
1. Trad. person.

En 1918, Brodhead attira de nouveau l'attention sur ce que « dans nos statistiques de P. P., l'élément morbidité n'a pas bénéficié de l'attention et de la minutieuse étude clinique que comporte sa gravité (1) ».

Cette morbidité est due principalement à l'infection (on voit alors des lochies fétides, de la fièvre, parfois une sub-involution utérine, une phlébite), quelquefois à une hémorrhagie secondaire. Neu (statistique d'Heidelberg), l'évalue à 24,4 o/o.

Extrêmement grave pour la mère, l'accouchement spontané dans le P. P. est effroyable si l'on envisage le sort de l'enfant.

La mortalité infantile varierait, en effet, de 44 o/o (Champetier de Ribes) à 72 o/o (Bourretère) ; chiffres terriblement éloquents.

Cette mortalité fœtale est due, soit au décollement du placenta, soit à la procidence du cordon.

En outre, ces enfants sont souvent prématurés, ils ont souffert pendant le travail, si bien que beaucoup d'entre eux, sortis vivants de la clinique, succombent après un laps de temps très court. M. le professeur Bar insiste sur ces morts sans cause apparente, si fréquente chez les enfants, même à terme, paraissant normaux à la naissance, nés spontanément ou extraits par les moyens usuels dont nous allons parler, à la suite d'un accouchement dystocique par P. P.

1. Trad. person.

CHAPITRE III

Traitements usuels non chirurgicaux

Ces traitements ont pour but : 1° d'arrêter l'hémorrhagie ; 2° de l'empêcher de se reproduire, et pour ce, de précipiter le travail.

1° **Accouchement forcé.** — L'accouchement forcé avait uniquement pour but cette évacuation prompte de l'utérus. Employé par Guillemeau, élève de Paré (la fille de son maître en fut une des victimes) et Louise Bourgeois, il fut le seul traitement employé pour le P. P. durant trois siècles. Cette manœuvre consistait à introduire la main dans l'utérus, aller chercher le pied et sortir l'enfant *per fas et nefas*, comme l'on pouvait, pourvu qu'on allât vite. Le col était-il mal dilaté ? la main de l'accoucheur complétait de force la dilatation. Ce procédé donnait une mortalité maternelle de 34,2 o/o (Monsiorsky), et, lorsque la dilatation était incomplète, de 84 o/o (Simpson). Aussi, à la suite de Leroux (de Dijon) finit-on par essayer de substituer à cette méthode d'autres procédés que, d'après leur but essentiel, nous pouvons diviser en deux grandes

classes : *a)* traitements hémostatiques proprement dits ; *b)* traitements ocytociques, destinés à précipiter l'accouchement.

2° **Traitements hémostatiques.** — Nous étudierons ; 1° le tamponnement vaginal ; 2° les injections chaudes ; 3° le décollement artificiel du placenta.

1° Leroux, de Dijon, contemporain de Mme de Lachapelle, ému des tristes résultats de l'accouchement forcé, chercha un remède moins radical mais moins offensif.

Il s'occupa seulement de juguler l'hémorrhagie, et préconisa le tamponnement vaginal, destiné à l'arrêter mécaniquement. Budin adopta et ne cessa de préconiser cette méthode.

Combattu dès son début par Velpeau et Jacquemier, actuellement par Pinard, considéré par Bar comme un procédé d'exception, le tamponnement est peu en faveur. Il est parfois utilisé comme moyen d'attente, pour assurer à l'accoucheur une trêve momentanée, pendant qu'il se dispose à mettre en œuvre un moyen plus radical : ainsi agit, au cours d'une opération, l'aide qui tamponne, alors que le chirurgien se dispose à ligaturer les vaisseaux cause de l'hémorragie.

Ce traitement présente deux graves défauts : 1° la plupart du temps il n'atteint pas son but, et est tout à fait impuissant à arrêter l'hémorragie, il ne peut que la juguler momentanément, et encore pas toujours ni toujours complètement ; 2° mais surtout il

expose à l'infection, demandant une asepsie très minutieuse difficile à réaliser. Et, à la vérité, nous craignons plus l'infection que l'hémorragie.

Les statistiques récentes révèlent pour la mère une mortalité de 17,6 o/o (Draghiescu, 1903) ; en 1897, Tarnier trouvait 21,05 o/o. Quant à la mortalité infantile, elle est de 60 à 72 o/o (Bourdier) ; 77,68 o/o (Abd-el-Nour).

Nous pensons que le colpeurynter de Braun, proposé par cet auteur comme un perfectionnement du tampon, trouve mieux sa place ici qu'avec les ballons. Ce colpeurynter est constitué par une petite poche en caoutchouc, extensible, pouvant se gonfler par insuffiation d'air dans son intérieur. Il n'est guère plus appliqué que par quelques auteurs allemands (Fritsch) et quelques américains. En 1904, le le Dr J. de Lee a rapporté à la société de Gynécologie de Chicago la lamentable histoire d'une primipare âgée traitée par le colpeurynter dans un cas de P. P. central ; il y eut rupture de la paroi postérieure de l'utérus, suivie de mort en quelques heures;

2° Les injections chaudes ont, au même titre que le tamponnement, apparu comme un moyen banal d'hémostase, de par leur action vaso-constrictive. Et, de fait elle sont employées couramment par tous les praticiens. Le professeur Pinard les recommande formellement : « Repos absolu au lit, et injections vaginales à 50 degrés », tel est le traitement, vraiment « médical », qu'il déclare suffisant « tant que le pouls ne dépasse pas 100 ».

Insuffisantes dans les cas graves, les injections chaudes peuvent même y être dangereuses, car elles provoquent des contractions utérines violentes, qui peuvent augmenter le décollement du placenta.

A côté des injections chaudes, nous citerons l'action de deux médicaments : l'ergot de seigle et l'extrait d'hypophyse.

L'ergot de seigle agit comme hémostatique à action élective sur le bassin. Préconisé jadis par Dubois, il est actuellement considéré comme un médicament dangereux. Dès 1886, le professeur Pinard en a abandonné l'emploi. On ne doit jamais l'employer quand il y a quelque chose dans l'utérus.

L'extrait d'hypophyse agit : 1° en amenant l'oblitération des sinus par la contraction énergique qu'il provoque ; 2° en déterminant le travail, lorsque celui-ci ne se déclare pas après la rupture des membranes. Ce médicament est d'acquisition récente et demande la sanction du temps. Mayer et Hauch ont publié son emploi dans 7 cas, avec quatre succès complets ;

3° Nous serons bref sur la méthode du décollement du placenta : décollement total de Simpson, décollement partiel de Barnes.

Simpson avait été frappé de la faible mortalité maternelle (7 o/o) dans les cas rares où le placenta était expulsé avant l'enfant *(filius ante Patrem)*. Il conclut que le décollement total du placenta arrêtait l'hémorragie, et conseilla, dans le P. P. partiel ou total, d'aller décoller tout le placenta avec les doigts

et de l'arracher. Ce procédé ne sera applicable que lorsque le placenta, déjà spontanément décollé presque complètement, empêche la partie fœtale de descendre.

Barnes se contentait de décoller le placenta dans la zone dangereuse c'est-à-dire attenant au segment inférieur. Cette zone s'étendait pour lui à 7 cm. 5 de l'orifice interne, ce qui correspond à peu près à la longueur de l'index accolé au médius. Son procédé arrêta parfois l'hémorragie, mais d'une manière si inconstante qu'il renonça lui-même à cette méthode, lorsqu'il eut inventé son ballon.

3° **Traitements ocytociques.** — Ce sont : 1° la rupture artificielle des membranes, destinée à amorcer le travail ; 2° l'accouchement forcé ; 3° des procédés agissant sur le col : dilatation forcée manuelle ou instrumentale, ballons, dilatation du col par le fœtus (version de Braxton-Hicks).

1° La rupture artificielle et prématurée des membranes fut pratiquée jadis par Mauriceau. Elle eut depuis les suffrages de Puzos (qui combinait la rupture des membranes à la dilatation lente du col), de Tarnier, enfin des professeurs Pinard et Bar, qui emploient la rupture des membranes comme premier temps, parfois suffisant, de la pose d'un ballon. « Lorsque le pouls dépasse et se maintient au-dessus de 100, dit le professeur Pinard, rupture large des membranes, suivie ou non de l'introduction d'un ballon de Champetier. »

Ce traitement, souvent spontanément appliqué

par la nature, est logique et essentiel. En effet, il supprime le tiraillement des insertions placentaires par les membranes, ce qui est une cause importante de l'hémorrhagie.

La mortalité maternelle est de : 9,9 o/o (Champetier) ; la mortalité fœtale de : 45 o/o (Champetier).

Cette rupture est parfois très difficile, quand il s'agit de primipares non en travail, ou d'insertions totales ou partielles.

Quand il s'agit d'une primipare non en travail, on arrive toujours à un résultat, en plaçant au besoin une pince sur le col pour avoir un point d'appui.

Mais, quand il s'agit d'insertions partielles ou totales, on est souvent obligé de décoller largement le placenta (Cohen) ou de le perforer (Deventer) pour arriver sur les membranes, ce qui augmente notablement l'hémorrhagie.

Nous avons pu observer assez récemment un cas d'insertion marginale (F... Jeanne, clinique Tarnier) où la rupture artificielle des membranes n'amena, ni un arrêt de l'hémorrhagie — qui augmenta au contraire notablement, — ni un progrès de la dilatation (celle-ci, comme 1 fr. au moment de la rupture, était encore comme 1 fr. sept heures plus tard).

Ce procédé n'est pas absolument bénin, car la femme peut rester plusieurs jours avec les membranes rompues sans que le travail se déclare, d'où danger d'infection amniotique pour la mère, et pour le fœtus état de souffrance pouvant amener secondairement la mort ;

2° Nous avons déjà parlé de l'accouchement forcé tel que le pratiquait Guillemeau. Au début de ce siècle, sous l'influence de Tarnier, Bonnaire et Bossi, offrant, avec la garantie de l'asepsie et de l'antisepsie, des procédés nouveaux de dilatation du col, il y eut une réaction en faveur de la méthode (si discréditée pourtant qu'on dut la déguiser sous les noms d'accouchement prématuré artificiel, d'accouchement précipité, etc.) ;

3° Bonnaire conseilla, pour forcer le col mal dilaté, une dilatation bi-manuelle, méthodiquement rapide. On arrive généralement avec elle, — surtout chez les multipares (qui sont la grande majorité), — à ouvrir suffisamment le col pour passer la main et faire tant bien que mal un Braxton Hicks.

Résultats : 14 o/o de mortalité maternelle, 55 o/o de mortalité fœtale (Bonnaire). Mais il faut opérer avec une extrême prudence. La dilatation doit être très méthodique, et pas trop rapide. Car l'on doit fortement appréhenter une déchirure du col, qui se propagera peut-être à l'utérus. Cette déchirure peut se produire, soit au moment de la dilatation, soit surtout pendant l'extraction ;

4° Bien plus dangereux encore sont les procédés de dilatation instrumentale mis en vogue, au début du XX^e^ siècle, par Frommer et Bossi.

Nous rejetterons ces procédés, car, dans le P. P., cette dilatation mécanique détermine avec la plus grande facilité de graves déchirures du segment inférieur, *si friable*. D'ailleurs, Bossi n'a point inventé

son instrument à l'usage du P. P., et, sur 107 cas publiés en 1906 de son emploi, il n'y en a que 16 pour ce motif. Sur lesquels, 1 décès maternel (soit 6,25 o/o) et 8 fœtaux (soit 50 o/o);

5° Nous avons déjà parlé, à propos du tamponnement, du colpeurynter de Braun. Plus tard, Tarnier puis Champetier de Ribes utilisèrent le ballon, mais plutôt dans un but ocytocique qu'hémostatique. Le petit ballon « excitateur » de Tarnier est abandonné. Champetier employa des ballons de dimensions très variées (jusqu'à 700 gr. et plus), en tissu imperméable et inextensible.

Introduit dans la cavité ovulaire, le ballon de Champetier est ensuite distendu par injection dans son intérieur d'eau stérilisée. Il agit d'abord en comprimant le segment inférieur, d'où sort le sang, mais a surtout pour but de dilater le col *a tergo*, non plus directement comme la dilatation manuelle ou instrumentale, mais suivant le même sens, dans la même direction et par une action assez comparable à celle de la poche des eaux dans l'accouchement normal.

Des difficultés surgissent parfois dans la mise en œuvre de cette méthode: 1° Le ballon, pour être introduit au delà de l'orifice interne, exige qu'il y ait déjà une dilatation du col et de l'isthme suffisante pour son passage et celui de la pince qui le porte. On ne pourra l'utiliser que chez une multipare, ou après un petit ballon ou une sonde; 2° le ballon fut inventé pour être introduit dans la cavité ovulaire, et là

seulement. Or, pour ce faire, il faut avoir ouvert l'œuf, ce qui, nous l'avons vu, n'est pas toujours facile. Certains auteurs (1) ont tourné la difficulté en plaçant le ballon entre les membranes restées intactes et l'utérus; mais on s'expose alors à une augmentation du décollement placentaire, et à une infection plus facile de l'utérus.

Enfin, on a fait au ballon de Champetier quelques reproches assez graves : 1° il favoriserait parfois le tétanisme utérin ; 2° il occasionnerait des présentations de l'épaule et des procidences du cordon (par refoulement de la partie fœtale) ; 3° mais surtout il n'arrêterait pas toujours l'hémorrhagie, qui serait parfois même notablement renforcée au moment de son ablation.

Que donne le ballon ? Mortalité maternelle: 2,72 o/o (Champetier de Ribes); environ 6 o/o pour d'autres auteurs (Krœnig, Momm, Hauch).

Mortalité infantile : les chiffres varient entre 45 o/o (Champetier) et 67 o/o (Hauch).

6° En 1864, Branton Hicks eut l'idée d'utiliser, pour dilater le col, le fœtus lui-même. C'est la méthode de la version podalique par manœuvres mixtes, universellement connue sous le nom de version de Braxton Hicks, et qui, en Allemagne et en Amérique, est considérée comme le traitement de choix du P. P.

Le procédé consiste, après avoir repoussé, de la

1. Dubrisay et Jeannin. Précis d'accouchements.

main introduite dans le col, la partie fœtale qui se présente, à abaisser le siège au moyen de la main « abdominale », à saisir un pied et à l'attirer dans le vagin. On amorce ainsi une dilatation, à la fois par le membre qui déjà a franchi le col, et par le siège que, par des tractions très douces sur le pied saisi, ou appuie d'une manière continue contre l'orifice interne. Accessoirement, cette méthode est hémostatique, car il se fait au niveau du segment inférieur une compression douce, continue, excentrique, qui arrête l'hémorragie. Elle arrête l'hémorrhagie : pas toujours. Assez rarement il est vrai, il peut, même avec ce procédé, se produire des pertes de sang très abondantes (dans un cas de Brodhead, l'extraction après version podalique [il s'agissait d'un P. P. central] aurait été suivi d'une perte de plus d'un litre de sang [40 onces]). C'est là un premier reproche. De plus, cette manœuvre est difficile à éxécuter, car, si l'utérus est tant soit peu rétracté, l'évolution fœtale devient très laborieuse. Enfin, la mortalité infantile est terrible ; car l'enfant, soumis à des excitations cutanées longtemps avant d'avoir libre accès à l'air (environ 2 heures en moyenne, Hauch), fait des inspirations prématurées ; et il y a en outre compression du cordon.

Malgré ces quelques objections, la version est un trés bon procédé, car elle donne, comparée aux autres méthodes, une mortalité maternelle très faible. Elle est en effet de 0 pour Hauch, à 6,3 0/0 (Hannes). Le fœtus meurt dans 75 0/0 des cas (Hauch).

Conclusion. — Laissant de côté le tamponnement vaginal et les injections chaudes, dangereux ou insuffisants ; le décollement du placenta, peu appliqué ; l'accouchement forcé, désuet ; les procédés de dilatation instrumentale, que nous ne saurions trop réprouver, voyons comment on procède en pratique.

On commence par rompre les membranes ; si cela ne suffit pas, on pose un ballon ; et, si c'est nécessaire, on fait la version. Eventuellement, on dilate le col suivant le procédé de Bonnaire.

La mortalité maternelle globale est alors de 10 o/o et la mortalité infantile de 70 à 80 o/o (Stein).

Nous voyons donc que, si le P. P. ne doit plus être pour l'accoucheur le cauchemar que disait Dubois, son pronostic reste cependant grave, et son traitement par les moyens que nous venons d'indiquer, aléatoire.

CHAPITRE IV

Traitement chirurgical du P. P. Historique

En 1890, Lawson Tait, chirurgien anglais, émit l'idée d'appliquer au P. P. la section césarienne.

« Si j'avais à traiter un cas de P. P. complet au début du travail, dit-il, si je pouvais pratiquer ce que je crois le traitement chirurgical idéal de ce cas, j'amputerais l'utérus (1). » C'est la césarienne mutilatrice que Lawson Tait préconisa alors.

Reprise en Amérique par Hutson Ford (1892), l'idée de Lawson Tait eut son premier essai sérieux et heureux entre les mains de Bernays, le 19 novembre 1893 (2). La parturiente, vigoureuse, quarante-deux ans, cinquième pare, enceinte de huit mois, avait un P. P. central, avec hémorragie primitive très abondante. Col fermé... Bernays fit, en vingt-quatre minutes quarante-cinq secondes, une césarienne abdominale classique. Suites de couches

1. Trad. personn.

2. Deux essais antérieurs, faits en Amérique, « dans les circonstances les plus défavorables » (Bernays) avaient eu un résultat fatal.

normales. L'enfant, extrait vivant, mourut dix heures après.

Bernays eut un assez grand nombre d'imitateurs en Amérique. Aussi, en 1904, Holmes, Bacon, Reed, et d'autres membres de la « Chicago gynécological Society », adversaires de la méthode, proposèrent-ils l'exclusion définitive de la césarienne dans le traitement du P. P. ; de Lee et Schmauch n'adoptèrent leurs conclusions qu'avec des réserves motivées.

Plus tard, Dührssenn et Baisch appliquèrent la méthode en Europe, pendant qu'elle continuait à faire des adeptes en Amérique, où Stein et Harrisson employaient à tour de rôle les opérations par voie haute et par voie basse.

Au Congrès de Berlin (1912) la question d'obstétrique choisie fut « le traitement chirurgical des hémorragies de la grossesse, de l'accouchement et de la délivrance ». Les rapports furent faits : pour l'Allemagne, par Jung (de Gœttingen), qui préconisa la colpo-hystérotomie antérieure dans les cas de P. P. central, et la césarienne si l'on a en outre affaire à un bassin rétréci ; pour la France, par M. le professeur Couvelaire. Celui-ci déclara que la plupart des accoucheurs français étaient jusqu'à ce jour — et lui de même — restés fidèles aux méthodes purement obstétricales. Cependant, il admet la césarienne conservatrice dans les cas de « dystocie complexe », c'est-à-dire ceux où au P. P. s'ajoute un obstacle à l'accouchement facile par les voies naturelles (fibromes, bassins rétrécis, cicatrices cervicales) et dans

ceux où il y a un col insuffisamment dilatable ; et le Porro lorsqu'il y a infection des voies génitales.

L'année suivante, au Congrès de Londres, une question analogue fut posée, et fit l'objet du rapport de Dœderlein (de Munich). A la discussion prirent part le professeur Recasens (de Madrid) et le professeur Bar. Celui-ci dit que, dans les cas d'hémorragies très graves, quand il faut aller très vite, il recourrait volontiers à la section césarienne si le col n'est pas aisément dilatable.

Citons encore : la discussion de la Société de gynécologie et d'obstétrique de Paris (1919) à la suite de la communication du Dr Grosse (de Nantes) et la communication faite à la même Société, en février 1920, par M. le professeur agrégé Lequeux.

CPAPITRE V

Observations

OBSERVATION 1 (personnelle)

B..., Augustine, trente-quatre ans, primipare. Entrée au dortoir le 22 janvier 1919.

Antécédents héréditaires collatéraux, personnels : rien de particulier.

Antécédents obstétricaux. — Pas de fausse couche, pas de pertes blanches, règles très normales.

Enceinte de neuf mois pleins au moment de l'intervention (dernières règles 20 avril, dernier rapport 7 mai, intervention le 10 février).

Examen général : pas de masque de la grossesse, cœur normal, poumons normaux, varices très légères, pas d'œdème, urines normales, température 37 degrés, pouls 80.

Examen spécial : seins normaux. Le bassin *paraît* normal.

La malade est admise le 9 février 1919 à 10 h. 30 à la salle de travail. A ce moment, on note : la perte d'un peu de sang noirâtre ; grossesse à terme, tête fuyant dans la fosse iliaque droite, dos à gauche et en avant, enfant vivant. Le col est en

voie d'effacement. Pas de douleurs. On fixe la tête avec une ceinture eutocique.

A 16 heures, la malade perd quelques caillots.

Au toucher, le col est effacé, et dilaté comme 50 centimes ; tête paraissant volumineuse, très mobile et élevée. Quelques douleurs lombaires. Température 36 degrés, pouls 80.

Le 10 février, à 8 heures, pas de changement ; toujours pas de début du travail. Pendant la nuit, la malade a perdu quelques caillots, a eu quelques douleurs, mais tout a cessé. Température 37 degrés, pouls 90.

A 10 heures, M. le professeur Bar examine la malade, diagnostique un placenta prœvia, variété partielle, et décide de pratiquer l'opération césarienne. La poche des eaux est intacte.

Intervention (n° 181 du C. d'opérations) :

Incision sur la ligne médiane, sous-ombilicale. Extériorisation facile de l'utérus. Incision de l'utérus sur la face antérieure, remontant jusqu'au fond.

Extériorisation facile de l'enfant.

Décollement facile des membranes. Le placenta est inséré sur la partie latérale gauche et descend bas jusque sur le col. Il est décollé aisément. Suture de l'utérus à la soie en un plan (quelques points).

Fermeture de la paroi en 3 plans. Hémorrhagie assez copieuse.

Après l'opération, on fit à la malade 1 centimètre cube d'ergotine ; plus tard, vers midi, 10 centimètres cubes d'huile camphrée, et 500 grammes de sérum artificiel adrénaliné en injection sous-cutanée.

Suites opératoires. — Absolument normales. La tempé-

rature, de 38°2 le soir de l'opération et 38°4 le lendemain à la même heure, ne cessa dès lors de se maintenir entre 37 degrés le matin et 37°4 le soir. De même le pouls, qui avait atteint aux mêmes dates 130, tomba rapidement aux environs de 80 et 90 Il y eut un parallélisme absolument remarquable entre le pouls et la température, jusqu'au 2 mars, moment où la malade quitta la clinique en parfait état.

Enfant. — Vivant, du sexe masculin, en bon état physiques, pesant au moment de l'extraction 3 kgr. 730 (donc gros enfant ; avec tête plutôt grosse: Bi P. 9 1/2 ; S.O.B. 10 1/2; Sm. B. 11). L'état de cet enfant continua à être bon, sa mère l'éleva au sein sans incident, sa courbe de poids fut régulière et le 2 mars, à son départ de la clinique, il pesait 3 kgr. 440.

Examen du placenta. — Placenta pesant 550 grammes ; membranes complètes 0/34 ; cordon inséré latéralement, 53 centimètres.

OBSERVATION II (Personnelle)

M... Anastasie, vingt-cinq ans, primipare.

Entrée au dortoir le 26 septembre 1919.

Antécédents héréditaires et collatéraux. — Rien de particulier.

Antécédents personnels. — N'a marché qu'à l'âge de six ans, mais a toujours bien marché. Réglée à treize ans. Pas d'antécédents pathologiques.

Antécédents obstétricaux. — Pas de fausse couche, pas de pertes blanches, règles normales. Enceinte de huit mois et demi au moment de l'intervention.

Examen général : *Rachitisme* : taille 1 m. 37 ; cuisses

courtes ; courbure exagérée des fémurs ; tibia en lame de sabre, main courte et trapue, bosses frontales très saillantes, exostoses nombreuses (tibias droit et gauche ; humérus, radius, cubitus, deuxième métacarpiens droits ; exostoses symétriques au membre supérieur gauche). Cœur et poumons normaux.

Examen spécial : *bassin rachitique généralement rétréci.* Diamètres : bicrête 28 ; bis-iliaque 24 ; bitrochautérien 29 ; Baudelocque 20. Promontoire accessible ; les épines sciatiques sont proéminentes.

Commémoratifs : la femme a eu, pendant les trois premiers mois, des vomissements qui se sont peu à peu calmés. Jamais d'hémorragie. Elle a eu un peu d'albumine avec de l'œdème des jambes (disparu actuellement).

Examen de la grossesse : tête en bas, mobile, mais ne débordant pas le pubis. Par le toucher, on arrive en arrière sur une masse molle qui semble être le placenta. Enfant vivant. Aucun début de travail.

Intervention le 9 novembre 1919.

Incision sur la ligne médiane.

Extériorisation de l'utérus.

Incision longitudinale sur le fond de l'utérus. Ouverture de l'œuf.

Extraction d'une fille vivante, qui respire après quelques frictions à l'alcool et quelques mouvements respiratoires artificiels. Poids : 2 kgr. 680. Le placenta, inséré sur le segment inférieur, en arrière, est décollé péniblement. Poids : 540 grammes. Suture de l'utérus en 2 plans. Hémorragie très médiocre.

Opération sans incidents.

Suites opératoires. — Absolument normales. On fit le soir à la malade 500 grammes de sérum adrénaliné sous-cutané. La température atteignit le maximum de 38°5 le surlendemain matin, puis tomba à 37 degrés et ne cessa de se maintenir entre 37 degrés le matin et 37°6 le soir. Le pouls, à 120 le lendemain matin, tomba aussitôt à 80 et au-dessous, et resta en parallélisme parfait avec la température, jusqu'au 26 novembre, jour où la malade partit en excellent état. Les agrafes avaient été enlevées le 16 novembre.

Enfant. — Facilement ranimé, du sexe féminin, en bon état physique, pesant au moment de l'extraction 2 kgr. 680 (terme de huit mois et demi). Diamètres de la tête à la naissance : Bi P. 9,5 ; S. O. B. 10,5 ; Sm B. 9,5. A la sortie de la clinique, la tête semble avoir augmenté de volume. L'enfant est atteint d'irido-cyclite congénitale, avec opacité presque totale de la cornée du côté droit.

OBSERVATION III (Personnelle)

H... Jeanne, trente-deux ans, secondipare.

Entrée au dortoir le 12 novembre 1919.

Antécédents héréditaires et collatéraux. — Rien de particulier.

Antécédents personnels. — A toujours bien marché. Réglée à treize ans ; époques régulières mais douloureuses.

Antécédents obstétricaux. — Pas de fausse couche. Première grossesse en 1914, normale ; accouchement à terme, sans incidents ; enfant bien portant. Enceinte actuellement de neuf mois (dernières règles du 2 au 7 février). A senti remuer à cinq mois.

Examen général : squelette normal. Forte pigmentation para-ombilicale. Cœur et poumons normaux. Pas d'œdème. Varices du membre inférieur droit. Température et pouls normaux.

Examen spécial : Seins normaux. Utérus du volume d'une grossesse à terme, élargi dans le sens transversal. Tension des parois : normale. Hydramnios (sensation de flot) ; le fœtus semble petit et très mobile.

Examen de la grossesse : à la palpation, on trouve : une présentation de l'épaule droite, non engagée ; la tête est dans la fosse iliaque droite, le siège dans la corne utérine gauche, le dos en arrière ; au toucher, le col est incomplètement effacé ; à l'auscultation, on perçoit faiblement les bruits du cœur en haut et à droite.

Le 14 novembre, même état. On pose une ceinture avec tampon du côté droit de façon à mettre le fœtus la tête en bas et le siège en haut, en position longitudinale. La version par manœuvres externes se fait facilement et se maintient.

Le 15 novembre, on enlève la ceinture eutocique. Le fœtus reste en bonne position.

Le 19 novembre, la parturiente fait une hémorragie primitive, abondante. Cette hémorragie semble dûe à une insertion vicieuse du placenta, paraissant centrale. La température est normale. Il n'y a aucun début de travail, l'œuf est fermé, la femme n'a été touchée que deux fois depuis son hémorragie (un chef de clinique et une sage-femme). M. Lequeux, assistant, décide de pratiquer une césarienne conservatrice.

Intervention n° 1751 du C. d'opération le 20 novembre 1919.

Incision classique un peu au-dessous de l'ombilic.

Extériorisation de l'utérus.

Incision de l'utérus, qui ouvre l'œuf, sur son fond et sa face antérieure.

Extraction d'une fille vivante pesant 3 kgr. 730.

Le placenta, extrêmement étalé, est inséré sur la face antérieure et dans toute l'étendue du segment inférieur, très peu sur la face postérieure, mais semble recouvrir en grande partie l'orifice interne.

Extraction complète du placenta et des membranes.

Suture de l'utérus à la soie et au catgut.

Réintégration de l'utérus.

Fermeture de la paroi en 3 plans sans drainage. On ne fait aucune manœuvre de dilatation du col à la fin de l'opération.

Immédiatement après l'opération, il s'écoule des caillots par la voie vaginale, mais à ce moment seulement, car pendant l'opération la femme n'a nullement perdu.

Il a été fait 2 piqûres d'ergotine.

Suites opératoires. — Hémorragie un peu abondante dans les vingt-quatre premières heures, n'ayant point nécessité de traitement spécial. La température, qui était de 38°8 (pouls 120) le lendemain soir, redevint normale, ainsi que le pouls. Du côté de l'utérus, suites de couches absolument normales; cicatrisation de la plaie utérine par première intention.

Le soir du onzième jour, la température était de 37°6; pouls 90.

Du onzième au seizième jour, il y a une élévation de température (osciliations entre 38 degrés et 39 degrés) due à des complications pulmonaires.

Le matin du dix-septième jour, température 37°4, pouls 84; tout est rentré dans l'ordre. Le 14 décembre, vingt-deuxième jour après l'intervention, la femme sort en parfait état de santé, avec son enfant vivant et bien portant.

CHAPITRE VI

Analyse de ces observations

Dans quelles conditions ont été pratiquées ces interventions ?

1° Femmes à terme, ou près du terme. Enfants vivants et viables. Gros enfants. — C'est en effet surtout dans les cas où l'enfant est à terme, bien constitué, viable, gros, où, extrait par la césarienne, il aurait le plus de chances de se développer normalement, que son extraction par les voies génitales fait courir à la mère et à lui-même les plus gros dangers.

Ainsi, en cherchant à sauver la mère, on sauve du même coup l'enfant, ce qui ne nous paraît pas négligeable, car « on ne peut comprendre — alors que dans toutes les complications obstétricales nous nous occupons aujourd'hui d'essayer de sauver la mère et l'enfant — pourquoi dans le placenta prœvia on ne doit point se préoccuper de même de la vie de l'enfant » (1) (Momm).

En intervenant par la césarienne longtemps avant

1. Trad. personn.

terme, à sept mois par exemple, on obtiendrait des enfants presque fatalement voués à la mort à brève échéance, et l'on aurait fait subir à la mère une opération qui aurait pû, en règle générale, être évitée par l'emploi de moyens plus simples.

Aussi, n'approuvons-nous en principe le traitement chirurgical que dans le neuvième mois de la gestation, l'enfant étant vivant. Surtout lorsqu'il est gros, comme dans nos observations I et III, où les enfants pesaient l'un et l'autre 3 kgs 730, et dans celle d'Aubert (publiée en 1917) où l'enfant pesait 3 kgs. 900. Dans notre observation II, la femme était près du terme (8 mois 1/2) et l'enfant viable (2 kgs 680).

La négligence de cette condition surchage lourdement les statistiques de mortalité fœtale. Dans la statistique de Brodhead, la mortalité est de 5/48 = 10,8 o/o. Mais... « sur les 5 enfants qui moururent, 4 étaient des fœtus de sept mois;... un seul enfant des séries de plus de sept mois mourut, d'où mortalité 3,2 o/o (1) ».

Momm, faisant abstraction des enfants au-dessous de 2 kilogs, constate que : sur 55 césariennes classiques, il eut 55 enfants *viables* vivants, dont 1 seul = 1,8 o/o mourut au cours des douze premières heures. (Dans les mêmes conditions, avec rupture des membranes : 7, 2 o/o ; — version : 89 o/o ; — ballon : 69,2 o/o). Et, pendant le séjour

1. Trad. personn.

de la mère à la clinique, encore 2 morts, soit en tout 3 = 5,5 o/o.

2° P. P. coexistant avec un obstacle mécanique à l'accouchement.

C'est le cas de notre observation II (rétrécissement du bassin). M. le professeur Couvelaire le ferait rentrer dans le cas des « dystocies complexes ». Mais nous ne pouvons vraiment admettre une différence essentielle entre les cas dits complexes et les cas dits purs.

En effet : ou bien l'obstacle mécanique, par lui-même, impose la césarienne, et alors le P. P. n'est qu'un détail, et ce cas ne nous intéresse pas ; — ou la césarienne est faite pour P. P., et alors nous ferons entrer en ligne de compte l'obstacle mécanique, comme appoint très important à nos raisons d'intervenir, mais malgré tout comme appoint secondaire.

C'est ainsi que nous comprenons la « dystocie complexe » : Dans notre observation II, la constatation seule d'un placenta prœvia n'ayant jamais déterminé d'hémorrhagie, d'une part ; le rétrécissement du bassin qui n'était pas très accentué (la tête ne débordait pas le pubis) d'autre part, n'auraient peut-être pas, isolés, déterminé à opérer une femme à huit mois et demi, avec enfant viable mais petit. La réunion chez une même femme de ces deux cas « limite » a fait pencher la balance en faveur de l'intervention.

3° Primiparité.

Nos observations I et II concernent des primipares.

Nous ne réserverons pas l'intervention chirurgicales aux seules primipares (Obs. III : secondipare, avec hémorragie primitive abondante). Cependant, la primiparité comporte fréquemment un long col peu souple, parfois mal incliné, ce qui augmente la gravité de l'accouchement par les voies naturelles, et rend parfois difficile la pose d'un ballon.

La primiparité est donc un argument en faveur de l'intervention.

4° Femme non infectée (œuf fermé).

Pour que l'on puisse pratiquer la césarienne — et nous avons toujours en vue la voie haute — il faut que la femme ne présente aucun symptôme d'infection. Nous exclurons donc tous les cas où il y a la moindre hyperthermie, une infection vaginale quelconque, même de la subinfection, accrue naturellement par le décollement placentaire. Nous ne tenterons donc *jamais* la césarienne chez une femme dont les membranes sont rompues. Ou nous choisirons la césarienne, ou nous choisirons d'autres méthodes, mais jamais, ayant rompu les membranes et posé un ballon sans résultat, nous ne ferons une césarienne abdominale pour « sauver la situation », comme l'admet Couinaud, car alors nous courrions vers un désastre.

Œuf fermé, femme non infectée, ayant subi des touchers aseptiques et rares, voilà des exigences absolues de la voie haute. Nos 3 observations con

cernent en effet des opérations faites *avant tout début de travail.* Et c'est une règle absolue à la clinique Tarnier de ne toucher une femme chez qui on sera amené éventuellement à intervenir par voie haute, que lorsque c'est absolument indispensable pour fixer un des éléments du diagnostic.

Dès 1890, Lawson Tait ne proposa la césarienne qu' « au début du travail ». De même, Sellheim, Krœnig, Brodhead et la plupart des auteurs français exigent que la femme soit encore au début de la dilatation et ait un canal parturient aseptique.

Enfin Momm (1916), envisageant non plus le danger d'infection mais celui d'hémorragie, réclame l'intervention « avant une distension trop étendue de l'isthme par le travail, c'est-à-dire à peu près avant le moment où la dilatation est comme une petite paume de main. Si cette période de dilatation est dépassée, dit-il, les femmes pourront saigner, du fait de la distension de la paroi isthmique, malgré la césarienne (1) » ;

5° Hémorragie massive ou très abondante. Nous ne ferons pas la césarienne chez une femme qui nous arrive après plusieurs hémorragies au cours des trois derniers mois de sa grossesse. Chacune de ces hémorragies correspond en effet à un décollement partiel du placenta, d'où communication avec l'extérieur au moment de l'hémorragie, d'une part, et toujours une certaine rétention intra-utérine de sang coagulé, excellent milieu de culture, d'autre part. La

1. Traduction personnelle.

femme a donc de ce fait les plus grandes chances d'être déjà infectée. Que dire des cas, fréquents, où en plus elle a été tamponnée à plusieurs reprises, et dans des conditions d'asepsie parfois douteuses?

Nous pratiquerons cette intervention dans les hémorragies primitives du neuvième mois, surtout si elles sont massives d'emblée (obs. III) ; et cela *dès la première hémorragie*, sans attendre une récidive qui serait peut-être grave et augmenterait à coup sûr l'état anémique de la femme, défavorable au succès.

Dans l'observation I, l'hémorragie, primitive, était assez faible, mais il s'agissait d'un enfant gros, avec une grosse tête mobile au-dessus du détroit supérieur, donc possibilité d'un bassin légèrement rétréci au D. S., de plus la femme était primipare.

Dans l'observation II, il n'y avait pas eu de perte de sang ; mais il y avait un bassin rachitique ;

6° Placenta prœvia central ou partiel. De nombreux auteurs après Lawson Tait (tout récemment Momm, Jeannin et Mac Henkel) exigent qu'il s'agisse d'un P. P. central ou partiel.

Dans nos observations I et III, il s'agit de P. P. partiel, et dans l'observation III, cette insertion se fait principalement sur la face antérieure du segment inférieur.

Or, notre maître, le professeur Bar, a maintes fois, dans ses leçons orales de la clinique Tarnier, insisté devant nous sur la plus grande gravité des insertions antérieures du P. P. ; la formation du

segment inférieur se faisant presque exclusivement aux dépens de la face antérieure de l'utérus, il y a une distension plus marquée de l'isthme en avant, d'où plus grand danger d'hémorragie.

Quant à l'observation II, où le placenta est latéral et inséré en arrière, nous ne reviendrons pas sur les conditions spéciales qui ont ici déterminé l'intervention.

CHAPITRE VII

Choix de l'opération

La méthode de choix sera la césarienne classique, abdominale, transpéritonéale, « corporelle ».

1° La césarienne vaginale à terme comporte toujours un certain danger. Ce danger se comprend aisément, si l'on réfléchit que l'incision porte sur un tissu extrêmement mince, extrêmement friable, extrêmement étiré; cette incision se prolongera volontiers par une déchirure, qui se propagera au loin.

De plus, dans le cas spécial du P. P., « elle est accompagnée d'une forte hémorragie, car elle ouvre les veines du segment inférieur, et dans le P. P. les veines sont particulièrement dilatées dans le segment inférieur (1). »

Aussi rejetterons-nous absolument la voie chirurgicale basse dans le P. P.

2° Quant à la césarienne sus-pubienne, « césarienne abdominale cervicale », que l'on a essayé dans ces cas de montrer comme très supérieure à la césarienne classique (Sellheim, Krœnig, Baisch), nous la consi-

1. De Lee, *Chicago Gynecol. Soc.* Traduction personnelle.

dérons, qu'elle soit trans ou extra-péritonéale, comme contre-indiquée dans le P. P., où l'intervention vaut surtout par sa simplicité et sa rapidité ;

3° Nous emploierons donc toujours la césarienne dite « classique » dont la technique a été magistralement réglée par notre maître, le professeur Bar ;

4° En principe, l'hémorragie qui a commandé la césarienne, n'a commandé que la césarienne. Celle-ci sera donc conservatrice. Nous ne couperons point l'arbre pour avoir le fruit. Comme le dit Mouchotte, « le P. P. avec hémorragie est une complication passagère, liée à la grossesse en évolution ; le plus souvent elle ne se produit pas lors d'autres grossesses ». Et nous savons qu'une femme, qui a subi une ou plusieurs césariennes, peut encore avoir des grossesses.

Cependant, ayant décidé de pratiquer une césarienne conservatrice, nous n'hésiterons pas à faire une hystérectomie ou un Porro, si, au cours de l'opération, nous faisons une découverte qui nous engage, dans l'intérêt de la femme, à supprimer son utérus malade. Et nous devrons toujours prévenir la femme de cette éventualité.

Enfin, si l'état général nous impose de stériliser la femme (comme dans le cas d'Hewitt. Tuberculose pulmonaire), notre opération sera résolument mutilatrice.

CHAPITRE VIII

Conclusions

1° La césarienne conservatrice a des indications dans les cas de placenta prævia ;

2° Elle est le traitement de choix, lorsque se trouvent réunies les conditions suivantes:

a) Enfant vivant et viable ;

b) Femme non infectée, œuf fermé ;

c) Primiparité, col long et fermé ;

d) Hémorragie massive ou très abondante, notamment quand le sang s'écoule abondamment dès la première hémorragie ;

e) Placenta prœvia central ou partiel.

L'indication est naturellement plus pressante lorsqu'il y a coexistence d'un placenta prœvia et d'un obstacle mécanique à l'accouchement.

3° Elle est formellement contre-indiquée lorsque :

a) L'enfant n'est pas vivant ;

b) La femme est infectée, en particulier lorsque les membranes sont rompues depuis un temps assez

long pour que les chances d'infection apparaissent réelles ;

4° L'opération césarienne sus-pubienne est contre-indiquée dans le cas de placenta prœvia.

Le Président de la thèse,
BRINDEAU

Vu
Le Doyen :
ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris :
P. APPELL

BIBLIOGRAPHIE

Brindeau. — In Bar, Brindeau, Chambrelent. La pratique de l'art des accouchements.

Dubrisay et Jeannin. — Précis d'accouchements.

Fromigier. — Thèse de Paris, 1878.

Bar. — Leçons de Pathologie obstétricale, 1900,

Mouchotte. — In Annales de Gynécologie et d'Obst., 1910.

Vallois. — Réunion obstétricale de Montpellier, 1911.

De Bovis. — In Semaine médicale, 1911.

Congrès de Berlin 1912 in Archives mensuelles d'Obstétrique et de gynécologie, 1912.

Congrès de Londres 1913 in Archives mensuelles d'Obstétrique et de gynécologie, 1913.

Boquel. — In Archives mensuelles d'Obstétrique et de gynécologie, 1918.

Couinaud. — Thèse de Paris, 1919.

Grosse. — Communic. à la Société de gynéc. et d'obstétrique de Paris, 1919.

Lequeux. — Communication à la Société de gynéc. et d'obstrique de Paris, 1920.

Lawson Tait. — In British medical Journal, 1890.

Bernays. — In Journal of the Americ. medical. Assoc., 1894.

Chicago gynecol. Society in American Journal of obstetric. 1904.

Stein. — In Journal of the Americ. medical Assoc., 1909.

Brodhead. — In New-York State J. M., 1918.

Aubert. — In Revue méd. de la Suisse romande, 1917.

Cumston. — In Revue méd. de la Suisse romande, 1917.

Hewitt. — In Surg. Clin. Chicago, 1919,
Louros. — In Zentralbl. f. Gynæk., 1906.
Bossi. — In Zentralbl. f. Gynæk., 1906.
Momm. — In Münchner medis. Wochensch., 1916.

Impr. de la Faculté de Médecine, 15, rue Racine, Paris. - 4721-20